

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

146

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert RABY

Ancien interne des Hôpitaux d'Angers

Ex-prosecteur d'Anatomie

Ex-préparateur de Chimie à l'École de Médecine

LES COMPLICATIONS
DES
PAROTIDITES PHLEGMONEUSES

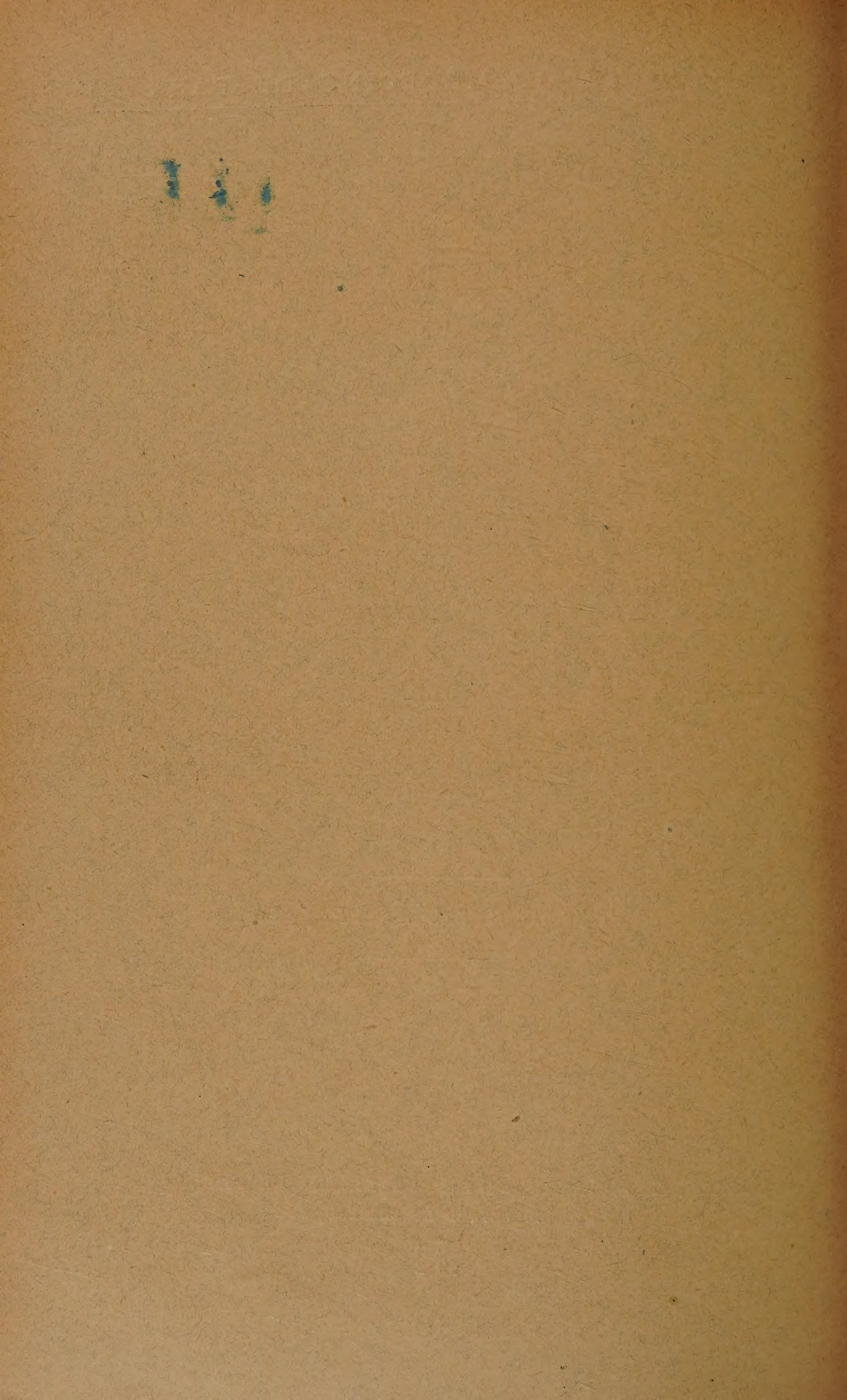
Président : M. SEBILEAU, Professeur

ANGERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE ET DE PUBLICITÉ

26-28, BOULEVARD DU CHATEAU, 26-28

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o 145

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert RABY

Ancien interne des Hôpitaux d'Angers

Ex-prosecteur d'Anatomie

Ex-préparateur de Chimie à l'École de Médecine

**LES COMPLICATIONS
DES
PAROTIDITES PHLEGMONEUSES**



Président : M. SEBILEAU, Professeur

ANGERS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'IMPRIMERIE ET DE PUBLICITÉ

26-28, BOULEVARD DU CHATEAU, 26-28

1922

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Assesseur : M. POUCHET

PROFESSEURS		MM.
Anatomie		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ.
Bactériologie		BEZANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale		RENON.
Pathologie chirurgicale		LECENE.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Histologie		PRENANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale		DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Hygiène		BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale		ACHARD.
		WIDAL.
		GILBERT.
		CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER.
Clinique chirurgicale		DELBET.
		GOSSET.
		LEJARS.
		HARTMANN.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU.
Clinique d'accouchements		BAR.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile		J. E. FAURE.
Clinique thérapeutique		Aug. BROCA.
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie		VAQUEZ.
Clinique propédeutique		SEBILEAU.
		SERGEANT.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETTERRER.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINGOT.	LERI.	ROUS-Y.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBE HENRI.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS.	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR MONPROFIT
(*in memoriam*)

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR C. ROUX
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR CH. MARTIN
PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR DENECHÉAU
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS
MÉDECIN DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SEBILEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO LARYNGOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Malgré l'intérêt qu'ont toujours témoigné les médecins pour les affections de la glande « qui sépare la salive » jamais les complications des parotidites n'ont fait l'objet d'un exposé complet dans un travail d'ensemble. Eparses dans cent publications elles sont ignorées des grands traités classiques qui les négligent, et les descriptions écourtées des ouvrages plus anciens : le Compendium de chirurgie, le traité de Follin et Duplay, le Dictionnaire de Dechambre avec leurs lacunes, leurs incertitudes, leurs erreurs ne sauraient satisfaire nos besoins d'information précise. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il pourrait y avoir quelque utilité à reprendre cette étude en y incorporant les acquisitions récentes de l'expérience clinique et de réaliser ainsi — dans la mesure de nos forces — la somme de nos connaissances sur ce point.

Voilà donc le dessein que nous avons formé. Pour l'accomplir nous accueillerons — sans nous arrêter à des questions superflues de pathogénie — tous les cas de phlegmons parotidiens qui nous seront offerts. Et nous nous efforcerons de retrouver au milieu des emmêlements de la clinique, l'accident qui leur incombe et qui doit leur être imputé.

Nous espérons surmonter les difficultés de cette tâche

grâce à une méthode rigoureuse, grâce surtout à un commerce de tous les instants avec les documents cliniques en dehors desquels rien de solide ne peut être tenté.

La description des complications connues jusqu'à ce jour formera la première et la plus importante partie de ce travail que nous appellerons : les complications classiques. Nous étudierons dans une seconde partie, en apportant notre contribution personnelle les complications oculaires — l'ophtalmie métastatique en particulier.

I. — LES COMPLICATIONS CLASSIQUES

Nous distinguerons : les complications proprement dites et les sequelles.

A. — Complications proprement dites

Nous les répartirons en deux groupes suivant qu'elles se manifestent dans le foyer lui-même ou qu'elles résultent de la propagation des lésions au delà du foyer.

1° COMPLICATIONS SE MANIFESTANT DANS LE FOYER LUI-MÊME

Elles tiennent à la nature ou aux modalités de la suppuration. Ce sont : la gangrène et la délitescence.

La Gangrène résulterait de l'action putréfiante des microbes saprogènes jointe à l'action des pyogènes ordinaires, qui dans certains cas peuvent suffire à la déterminer. Elle est fréquente et Cruveilhier l'avait toujours rencontrée (Bévalot). Bévalot s'élève contre cette affirmation. Mais s'il est vrai que la gangrène est rare telle qu'il la décrit : aiguë, totale, dramatique même on constate plus fréquemment un processus de sphacèle, à ce point banal, que vraisemblablement beaucoup d'observateurs négligent de le noter et qui doit correspondre à

ce que Cruveilhier pensait. Boyer ne disait-il pas de son côté que la gangrène parotidienne est rarement totale ?

Elle aurait donc deux expressions cliniques : l'une fréquente et discrète — phénomène anatomique secondaire — l'autre rare mais redoutable avec phénomènes généraux intenses (Bévalot), capable de produire, souvent avec une rapidité extrême, les destructions les plus étendues. Le contenu de la loge est détruit; le creux parotidien est disséqué (Duplay); le canal de Stenon se détache sur le masséter mis à nu et dans le fond de la cavité on aperçoit la face latérale du pharynx (Gillette).

Cette dernière forme pourrait se présumer grâce à une certaine teinte chamois du tégument (Hartmann) ou se reconnaître grâce au clapotement caractéristique (Iszenard). Ces symptômes ne sont pas mentionnés dans les observations. Nous avons relevé seulement : une teinte livide (Bévalot) — une coloration ardoisée (Carbonnell, obs. I) — une peau de mauvaise couleur (Virchow). Carbonnell seul a noté le clapotement dans une fusée sous-claviculaire.

Le pronostic grave n'est pas toujours fatal — et la mort n'est survenue que 2 fois sur les 7 cas que nous avons relevés [Journ. progr. sc. méd. 1829. — Carbonnell — Gillette (obs. 2 et 3) Ewerke (obs. I) Dyball]. La première forme ne comporte par elle-même aucun pronostic spécial. Toutefois une escharre d'un vaisseau important pourra toujours créer une situation redoutable.

La Délitescence est un phénomène singulier qui se traduit soudain par l'affaissement de la « tumeur ».

Elle est comparable, dit-on, à l'affaissement des pustules varioliques et indiquerait une dépression des forces avec arrêt subit de la suppuration. Les vieux cliniciens la redoutaient justement; Ravaton la croit toujours mortelle. Mais c'est à peine si dans le premier mémoire de Paget (Cas 27) et la communication de Condamin (Soc. chir. Lyon 26-2-1903) nous avons trouvé quelque chose de semblable.

Il ne faut pas confondre cet affaissement avec une disparition subite accompagnée ou non d'une métastase éloignée comme l'observation de Roboam citée par Bailarger nous en offre un exemple.

2° PROPAGATION AU DELA DU FOYER INFECTUEUX

Nous envisagerons successivement : l'extension des lésions aux tissus et organes voisins; la propagation aux tissus et organes éloignés.

§ I. *Extension aux tissus et organes voisins*

Les éléments qui peuvent être frappés sont répartis aux confins de la loge ou contenus à l'intérieur. Ce sont — à la périphérie — la peau, le tissu cellulaire, les muscles et les os qui circonscrivent le creux parotidien, puis les cavités et organes creux du voisinage : l'oreille, l'articulation temporo-maxillaire, la bouche et le pharynx d'une part; d'autre part l'œsophage et la trachée. Enfin dans la loge même ce sont les lymphatiques, les vaisseaux et les nerfs.

Chacun de ces éléments va pouvoir jouer, selon les

cas, un rôle passif s'il est simplement un vecteur ou un receptacle ou un rôle actif s'il participe effectivement aux phénomènes inflammatoires. En fait ces deux éventualités sont le plus souvent simultanées et cette division ne saurait avoir rien d'absolu. Mais elle permet la réunion sous une dénomination commune de faits reconnaissant une même pathogénie et il y aura quelquefois intérêt à la faire intervenir dans nos classifications.

A) LA PEAU, LE TISSU CELLULAIRE, LES MUSCLES, LES OS. — I. *Accidents d'ordre mécanique*. — Ce sont des décollements plus ou moins étendus dont l'ensemble constitue le groupe des fusées superficielles. Ils supposent l'effondrement de l'aponévrose parotidienne en un de ses points faibles — le plus souvent à la partie supérieure du cou — et ils se réalisent peu fréquemment (Chassaignac), la poussée purulente se faisant plus volontiers en d'autres points.

Quand elle se produit de ce côté on constate au-dessous de l'oreille ou au devant du tragus une petite collection fluctuante qui évoluera comme un simple abcès mais pourra devenir aussi l'origine d'une fusée à marche incroyablement étendue et rapide. Le pus envahit le tissu cellulaire ou chemine dans la gaine d'un muscle qu'il aura forcée. Et Guéneau de Mussy a montré le rôle que peut jouer la pesanteur dans sa propagation (obs. IV). On le retrouve au bout d'un temps parfois très court en des régions fort différentes. En avant il décolle la peau au devant du tragus (Loison, obs. VII), dans toute

la région massétérine (Dance cité par Soueix, obs. VIII Raby) et jusqu'au voisinage de la pommette (Carbonnell obs. I), s'insinue au-dessous du masséter ou dans l'intervalle de ses deux plans (Murat, J. L. Petit), et suit encore à la région sous-maxillaire le bord inférieur de la branche horizontale jusqu'au menton (G. de M., obs. IV). en arrière il apparaît dans la région mastoïdienne [G. de M. (ob. IV) Bossert, (obs. II)]. En bas il envahit enfin toute la partie latérale du cou pouvant dépasser la clavicule (Carbonnell obs. I), s'avancer sur le thorax au voisinage du sternum (Perlis cité par Galland), jusqu'au bord inférieur du grand pectoral, et occuper en largeur toute la base du cou, du sternum à l'acromion (Carey Coombs). La diffusion est moins grande s'il est enfermé dans la gaine du sterno-mastoïdien [G. de Mussy, (obs. III et IV), Loison, (obs. III VII), Moricke, d'après Morel]. Il chemine alors à la face superficielle du muscle ou à sa face profonde atteignant encore la région claviculaire où il peut se collecter.

Les fusées sterno-mastoïdiennes seraient d'ailleurs intéressantes à un autre point de vue. Une collection juxta-claviculaire pourrait — dit Duplay — s'ouvrir dans le cul de sac supérieur de la plèvre et déterminer une pleurésie mortelle « comme il en existe plusieurs observations. « Nous avons recherché en vain ces documents. Nous ne pensons pas qu'il ait été rien publié de tel et nous verrons plus loin à quoi se bornent les constatations cliniques en cette matière.

Sur 12 cas de fusées superficielles 8 se sont faites à la

partie latérale du cou et 5 fois le pus a pénétré dans la gaine du sterno-mastoïdien.

II. *Accidents infectieux.* — a) *Peau et tissu cellulaire.*

— Dès les premiers moments de la parotidite la peau présente une légère réaction inflammatoire. Nous avons vu que la gangrène lui donne une coloration particulière. Plus tard la suppuration peut l'envahir, elle devient alors le siège d'abcès [Paget (cas 31-36), Guéneau de M., (obs. IV), Duplay, Lortat Jacob], d'ulcérations et de fistules et si la guérison est lente elle prend un aspect violacé (R. Smith).

Plus grave est l'érysipèle observé quatre fois [G. de M., (obs. I), Gillette, (obs. II), Darré, (obs. IX), Ewerke, (obs. II)] et qui ne survient qu'après l'ouverture ou la fistulation. Il s'agit là d'une infection d'origine externe comme le montre l'observation d'Ewerke où l'agent infectieux fut transmis par un coussin pneumatique qui avait servi auparavant à une érysipélateuse. C'est le seul cas qui fut suivi de mort.

b) *Muscles.* — L'infection musculaire signalée par J. L. Petit est classique depuis les articles des dictionnaires de Jaccoud et de Dechambre. Nous l'avons trouvée mentionnée 6 fois : au niveau du sterno-mastoïdien 3 fois, du masséter 2 fois, du temporal 1 fois. Le sterno-mastoïdien était ramolli dans tout son tiers supérieur (R. Smith) baignant dans le pus ses fibres disséquées et en partie détruites à leur insertion sterno-claviculaire (Carbonnell, obs. I) ou présentant à sa partie supérieure de

simples lésions de myosite, adhérent à la glande rouge dur, gris jaunâtre à la coupe, avec quelques points hémorragiques (Langlet). Cette même myosite a été vue sur le masséter dans la même observation; une autre fois Giffard a trouvé ce muscle sphacelé. Enfin Virchow a observé l'infiltration du temporal par de petits foyers qui paraissaient répandus sur le trajet des vaisseaux. Dans l'obs. VII de Giffard et dans celle de Hoffmann (Archiv. f. Orenheilk, 1869, t. IV, p. 283) les muscles atteints ne sont pas désignés.

c) *Os et cartilage.* — Ravaton aurait vu de nombreux exemples d'infection et de carie osseuse. Ces complications sont signalées par Murat dans son excellent article du *Dictionnaire des Sciences médicales*, par Delorme, Spillmann, le mémoire de Bucknall, et se retrouvent dans les observations des « *Acta naturae curiosorum* », de Virchow, de Piqué et Toubert, de Dyball. Les os sont dénudés, dépolis, décolorés. La carie peut les atteindre (Ravaton) et un séquestre a été constaté (Acta). Le maxillaire inférieur surtout au niveau de l'angle [Virchow, (2 cas), Piqué et Toubert], le cartilage de l'oreille, la mastoïde (Ravaton, processus mammillaris des « Acta ») seraient particulièrement atteints. Virchow insiste encore sur l'ostéomyélite sanieuse de la grande aile du sphénoïde (ala temporalis) (Ann. d. Charité Krankenh.), sur l'aspect noirâtre et décoloré des os de la fosse temporale, imprégnés de matière purulente dans toute leur épaisseur (Ges. Abhand). Il décrit en outre l'érosion du bord osseux antéro-inférieur du conduit (du tympanal par conséquent)

et la teinte ictérique prise dans un cas par les cavités osseuses du rocher (Ges. Abh.). Dyball signale enfin les os de la base et les apophyses transverses des vertèbres cervicales. Toutes les perforations du conduit auditif que nous retrouverons plus bas comportent forcément des lésions du cartilage du conduit ou de l'os tympanal.

B) LES CAVITES VOISINES. — I. *L'oreille* ; a) *Oreille externe*. — Elle présente à étudier : 1° des lésions mécaniques ; perforations du conduit ; 2° les lésions infectieuses du conduit non perforé.

La perforation du conduit auditif est comptée parmi les fusées purulentes bien que supposant l'action combinée d'un travail infectieux et d'une poussée mécanique. C'est la plus fréquente des complications parotidiennes (Iszenard) contrairement à ce qu'écrit Lecorney qui croit plus fréquente l'ouverture spontanée retro angulo maxillaire. Ravaton en avait vu un « nombre infini ». Nous en avons rassemblé 32 cas, observé deux autres dont un de perforation double, soit 34 en tout c'est-à-dire $\frac{1}{3}$ environ des observations que nous avons réunies pour ce travail. On s'est étonné de cette fréquence et on a voulu en trouver la raison (Péan, Delorme) dans une fâcheuse temporisation chirurgicale (voir aussi Acta) ou des considérations d'anatomie. Mais ces dernières vaudraient autant en d'autres points et la perforation ne précède pas toujours l'ouverture de l'abcès [Paget (obs. 17); Loison, (obs. VIII)] : *après la perforation du conduit auditif*. Le moment de la perforation a été noté 8 fois, 2 fois

les 4° [G. de Mussy, (obs. V) Bosquier], 7° [Loison, (perforation double, obs. VI)] et 9° jours [Ewerke (obs. I), Bantok, (méd. Times and Gaz nov. 1878 cité par Paget, obs. 36)]; une fois les 6° (Paget, obs. 15) et 8° (Brewis). Dans notre observation elle s'est produite avant le 7°, dans un cas de Paget (obs. 17) après le 7°. Le Compendium de Chirurgie dit qu'elle survient en général avant le 10° jour.

C'est l'observation des *Acta curiosorum* qui décrit avec le plus de précision le lieu de l'accident : « *Carie ossio... meatum auditorium in antica parte qua externa auris concha per cartilaginem cum osseo meatu auditorio unitur, perforaverat* ». C'est également en ce point que Virchow l'avait constatée. Les observations de Martin, de Loison et la nôtre semblent plutôt mettre en cause les incisures de Santorini.

Il est incontestablement exagéré d'attacher à cet accident le sombre pronostic de Gueneau de Mussy. Notre observation — à défaut d'autres — suffirait à le démontrer. Il n'est même pas toujours vrai comme le croit Le Dentu qu'il retarde la guérison de la parotidite. Dans notre cas il a guéri avant elle et Giffard et Bévalot ont raison de dire qu'il n'exerce aucune influence sur son évolution.

Le conduit non perforé a été vu enflammé par Izenard sans que l'auteur précise s'il s'agit d'un abcès ou d'une infiltration diffuse, oedémateuse du plancher, comme l'a signalée Brewis dans un cas où cette infiltration précéda la perforation.

b) *L'oreille moyenne*. — On admet qu'elle peut s'enflammer soit directement par irruption du pus dans la caisse (Duplay), soit indirectement par l'intermédiaire d'une otite externe (Hartmann Bévalot). Wicart, après Toubert affirme que cette dernière éventualité se serait réalisée dans quelques cas... Toubert ne cite aucun document confirmant cette affirmation et nous n'avons rien trouvé de semblable dans ce que nous avons pu lire de la bibliographie qu'il indique. D'autre part comme on ne peut voir une otite moyenne dans l'observation de Dance (Soueix, obs. VIII) et qu'on ne peut retenir l'observation trop fantaisiste de Darré (obs. VIII) le nombre des otites moyennes au cours de la parotidite se réduit à deux, l'une de Halpherson Stella, l'autre de Martin, chirurgien à Bordeaux (Ancien journal de médecine). Or le premier cas est celui d'un typhique arrivé du front en 1914-15 dans un état d'épuisement extrême, mort au moment même où l'otite a été constatée, et on ne peut voir là rien autre chose qu'une de ces manifestations terminales dont parle le professeur Sébilleau, dernier effort de l'organisme au même titre que la parotidite elle-même, reconnaissant la même cause mais n'ayant avec elle aucun rapport commun. Quant au second l'autopsie révéla de telles lésions de la trompe, que toute autre explication de l'otite paraît superflue. Un seul fait reste c'est la constatation de Wirchow que les cavités osseuses du côté de la parotidite étaient dans sa célèbre observation « ictériques et de mauvaise couleur » ; il semble que ces manifestations — malgré l'extraordinaire

re diffusion suppurative de ce cas — étaient bien en rapport avec la présence du foyer parotidien.

c) *Oreille interne.* — Nous dirons plus loin ce qu'il faut penser de la fusée purulente le long du facial. En dépit des affirmations de Virchow nous n'avons trouvé aucun cas d'infection de l'oreille interne ou moyenne par ce mécanisme.

II. *Articulation temporo-maxillaire.* — Quoique souvent citée par les auteurs, l'irruption du pus dans la cavité articulaire doit être considérée comme rare et nous n'en avons trouvé que deux observations : celle de Virchow (G. Ab. p. 623) et celle de Demelin et Le Damany relative à un nourrisson (Perrot). Dans l'une et dans l'autre le foyer parotidien communiquait avec l'articulation et Virchow a vu sur le condyle la surface articulaire très diminuée et dépolie. Récemment Laurent Moreaux a apporté une contribution nouvelle. D'après lui l'arthrite serait plus fréquente. Pour peu que la suppuration persiste, elle deviendrait la règle et se révélerait par la douleur à la mastication. Les cas les plus bénins seraient décelés par la radiographie qui pourrait montrer — comme dans l'une de ses observations — un degré souvent prononcé de décalcification des condyles.

III. *Bouche, pharynx et larynx.* — On constate des fusées purulentes, des ulcérations gangréneuses, des troubles fonctionnels.

Les *Fusées* se font vers la bouche ou vers le pharynx.

Les premières sont exceptionnelles et paraissent douteuses à Duplay et à Péan. Mais à défaut d'autres cas moins nets (Paget, obs. 17) deux faits sont incontestables : celui de Carey Coomb qui a vu la bouche de son malade s'emplir d'un pus fétide à des intervalles de quelques minutes et surtout celui de Duval où l'autopsie a montré un trajet fistuleux s'insinuant entre le masséter et la branche montante et venant déboucher entre les arcades dentaires. Vers le pharynx l'accès est plus facile. J.-L. Petit et Ravaton avaient observé des collections et des fistules au voisinage des amygdales, dans cet espace sous glandulaire où s'abrite le prolongement pharyngien, et en rapport probable avec la suppuration de ce prolongement. Ainsi dans le cas de Legueu dix jours après la guérison de la parotidite il y eut de nouvelles douleurs, un peu de fièvre et ouverture dans le pharynx d'une collection dès le lendemain (Felhoen). Trois fois des collections de ce genre ont été découvertes à l'autopsie : abcès circonscrits (Loison obs. V, Spillmann) ou envahissement du prolongement pharyngien par une large suppuration parotidienne. (Iszenard, obs. XI). Duplay a montré qu'elles pouvaient prendre l'apparence d'abcès rétro-pharyngiens auxquels il est bon de penser. Fischel a signalé enfin un gonflement œdémateux élastique « en arrière de l'arc palato-pharyngé » qui guérit après ouverture dans la bouche (Mundhöhle). Il semble qu'il s'agit là d'une collection qui aurait décollé la paroi supéro-postérieure du pharynx.

Le pronostic peut être fort grave — comme le mon-

tre le cas de Spillmann où la collection comprimait les vaisseaux du cou — ou extrêmement bénin comme dans le cas de Legueu; il dépendra beaucoup plus de la situation de la collection que de la collection elle-même.

Les ulcérations gangréneuses ne sont connues que par l'observation du malade de Richet publiée par Gillette. La plaie laissait voir la partie latérale du pharynx perforé donnant passage à une certaine quantité de pus qui s'écoulait par les premières voies digestives. Malgré cet accident et d'autres encore plus graves le malade guérit.

Les troubles fonctionnels sont la dyphagie et la dyspnée [(Bossert, (obs. III), Jefferis, Benoist, (obs. XXV)] qui résultent de compressions exercées par les collections à la base du pharynx, de l'état inflammatoire de cette région et peut-être aussi de l'œdème de la glotte (Benoist, obs. XXV).

C) LES ORGANES CREUX. — *Oesophage et Trachée.* — Le pus peut emprunter deux voies pour les atteindre. Arrivé au contact du pharynx il descend plus ou moins bas le long de la paroi; ou bien fusant dans la région carotidienne il rencontre, en suivant les vaisseaux, le canal aérien à la base du cou (Carbonnell); Ravaton l'a vu « séparer l'oesophage de la trachée et des muscles qui l'avoisinent ». Il peut se collecter au-dessus de la clavicule (Carbonnell) ulcérer la trachée et s'épancher dans la cavité pulmonaire (Planque) ou bien parvenir dans le médiastin (Henry). — Le cas de Planque n'ayant pas eu de

vérification nécropsique il y a lieu de renouveler sur l'exactitude du diagnostic les sages réserves de Murat. Quant au dernier cas il est incontestable. Henry chirurgien à Auxerre eut l'occasion de l'observer en préparant les muscles extenseurs de la tête sur le cadavre d'une petite fille. Mais si on néglige le cas de Planque c'est à cette observation unique que se bornent en matière de fusées thoraciques et d'inondation pleurale les documents cliniques. Nous voyons en particulier que l'ouverture à la partie antérieure du cul-de-sac supérieur n'a pas été constatée comme le voulait Duplay. Nous voyons de même qu'une seule fois il a été question d'ulcération, mais d'ulcération trachéale, et qu'on ne peut pas, comme le font Giffard et Bévalot, parler d'ulcérations œsophagiennes sans apporter des faits démonstratifs. Nous retrouverons aux séquelles une curieuse observation d'œsophagisme due peut-être à un trouble inflammatoire ou cicatriciel peri-œsophagien.

D) LES ORGANES DE LA LOGE. — Les vaisseaux et les nerfs peuvent suivant les cas servir de conducteurs, subir des compressions, se trouver enflammés, ulcérés ou détruits. Les lymphatiques n'ont donné lieu qu'à des observations peu nombreuses.

I. *Vaisseaux*. — a) *Accidents mécaniques*. — 1° *Fusées*. — D'après Follin et Duplay, on aurait signalé des « cas dans lesquels le pus remontant le long de la gaine des vaisseaux jusque dans l'intérieur du crâne a déterminé une méningite promptement mortelle. De quelle gaine et

de quels vaisseaux peut-il être question ici ? La gaine carotidienne et le paquet vasculo-nerveux du cou sont séparés du foyer par l'aponévrose stylo-pharyngienne bien rarement effondrée et aucune fusée n'a été signalée de ce côté.

Existe-t-il au moins des cas où le pus aurait pénétré dans le crâne en suivant une voie vasculaire quelconque ? Rien de semblable n'est signalé dans les deux observations de Virchow et de Duval. Bien plus Duval a décrit avec soin les trous de la base qui avaient, chez son malade servi de porte d'entrée : le trou petit rond n'est pas mentionné. Il faut donc abandonner jusqu'à preuve du contraire la notion de fusée ascendante le long d'un vaisseau. Et dans ces conditions on ne peut citer qu'un seul exemple de fusée vasculaire, celui de Carbonnell d'une fusée carotidienne descendante « le long des vaisseaux et de la trachée » dont nous avons déjà parlé (ob. I.).

2° *Compressions.* — Bérard avait remarqué le rôle qui incombe dans leur production à la puissante aponévrose externe bridant la glande enflammée. La gêne s'étend alors à la circulation cérébrale, s'accompagne vite de céphalée, d'oppression (Virchow Ann.) de délire et de coma bientôt suivi de mort (Spillmann). Mais c'est l'œdème qui, de la façon la plus fidèle et la plus précoce, trahit la compression et par ses proportions en mesure l'étendue : tantôt discret et limité aux lèvres (Lancereaux et Bezançon) aux paupières et à la conjonctive (Le Dentu) aux paupières et à la joue (L. Moreaux) — tantôt étendu aux régions sous-maxillaire, temporale et frontale.

(Loison, obs. IX) les yeux apparaissant comme enfouis dans l'œdème (L. Morel obs. I) tantôt enfin réalisant cet aspect de tête de noyé aux lèvres énormes qui a pu faire penser à la thrombose d'un sinus (Spillmann. Une fois la trachéotomie d'urgence a été envisagée tant son développement était rapide (Paget). Mais il peut être aussi extrêmement fugace et s'évanouir en quelques jours. Le pronostic est donc variable et ne sera sérieux qu'exceptionnellement.

Virchow croyait à la coagulation sanguine déterminée par la stase et Morestin admet qu'il y a thrombose dès que l'œdème prend quelque extension. L'autopsie n'a révélé rien de semblable dans le cas le plus grave, celui du malade de Spillmann. Il semble au contraire que l'œdème ait été uniquement déterminé là, par la suppuration d'un lobule profond comprimant les vaisseaux à travers l'aponévrose stylo-pharyngienne.

b) *Accidents infectieux.* — 1° *Ulcérations et hémorragies.* — α) *Hémorragies veineuses.* — Il convient d'écarter le cas de Bloxam qui ne se rapporte pas à une parotidite et qui continue à encombrer les descriptions malgré la judicieuse remarque du Compendium reprise par Iszenard. Il reste alors un exemple unique d'ulcération et d'hémorragie veineuse, celui de R. Smith, d'un enfant de 9 ans qui eut une parotidite au 7^e jour d'une scarlatine et présenta le 15^e jour un écoulement soudain de quatre onces de sang. Le 19^e jour une nouvelle hémorragie était suivie de mort. Il s'agissait d'une petite ouver-

ture circulaire de la jugulaire interne au voisinage de l'angle de la mâchoire.

β) *Hémorragies artérielles.* — Deux observations ont été publiées par Gillette en 1872 et une troisième communiquée récemment à la Société Médicale des Hôpitaux. L'un des cas de Gillette est celui du malade de Richet atteint de perforation pharyngienne : il avait présenté à différentes reprises un écoulement sanguin notable, fait ensuite un érysipèle ; il eut coup sur coup trois hémorragies très abondantes qui déterminèrent une syncope et exigèrent une intervention rapide. Richet pratiqua avec un heureux résultat la ligature de la carotide externe. Le deuxième cas est celui d'un homme de 65 ans qui se rétablissait d'une parotidite post-typhoïdique incisée en plusieurs endroits, quand quatre hémorragies survinrent coup sur coup. Elles ne se reproduisirent pas et le malade mourut trois jours après. Gillette ne pratiqua pas la ligature de la carotide — non pas — comme on se plait à le dire, parce que l'abondance de l'hémorragie ne lui en laissa pas le temps, mais bien parce que en raison de l'arrêt spontané de l'hémorragie et en raison surtout de la faiblesse du patient, il ne crut pas de son devoir de la tenter.

2° *Thromboses veineuses.* — Cruveilhier le premier a signalé la phlébite de la jugulaire. Mais ses travaux étaient oubliés — le *Compendium* n'en parle pas — quand Giffard révéla dans sa thèse l'observation de Virchow. Grisolles mentionne alors la phlébite comme

cause de résorption purulente et peu après Hanot publie sa belle observation. Depuis cette notion est devenue classique. Les cas cliniques, très rares, sont au nombre de quatre. Cruveilhier (Anat. path. liv. 39 pl. 5) avait observé une phlébite de la jugulaire externe à sa sortie de la glande, les veines de l'intérieur de la parotide étant restées saines (Iszenard obs. VII). Une autre fois Roth à l'autopsie d'un malade pris de méningite au 3^e jour d'une parotidite parapneumonique — et dont le poumon présentait un foyer purulent — trouva les jugulaires distendues (stark ausgedehnt) par du sang noir liquide et dans le sinus caverneux (*sic*) un petit caillot de fibrine. Hanot (Société d'anatomie 1873) publia un cas de thrombose de la veine méningée moyenne et il supposa — n'ayant pu pousser sa dissection plus avant — qu'elle était due à « la propagation du processus morbide qui avait atteint la veine maxillaire interne et la portion du tronc jugulaire voisin de la glande enflammée ».

Le cas de Virchow — observé chez un sujet atteint de parotidite droite — est d'une extrême diffusion. Les thromboses intéressaient les veines dure-mériennes de la fosse moyenne droite, les deux sinus caverneux, le sinus longitudinal supérieur, les veines arachnoïdiennes du côté gauche, les deux sinus transverses (caillot récent à droite), la jugulaire interne gauche et un petit rameau collatéral de celle du côté opposé.

Mais il ne semble pas évident comme Virchow paraît le croire (Ges. Abh. et Ann. d. Ch. p. 21) que tous ces accidents soient aussi directement les uns que les autres

en rapport avec la parotidite. On lit en effet dans Poirier (2^e édit., t. II, 2^e fasc. p. 978). « La *thrombose de cause générale* quand elle frappe les sinus, atteint spécialement le sinus longitudinal supérieur et dans la moitié des cas se prolonge symétriquement dans les deux sinus latéraux. » N'est-ce pas ce qui paraît avoir eu lieu ici ?

Le caillot du sinus transverse du côté droit est le plus récent ; l'infection ne s'est donc pas propagée en suivant un trajet rétrograde à partir de la jugulaire interne. D'autre part peut-on voir autre chose qu'un accident pyohémique dans cette vaste suppuration qui développée autour des granulations de Pacchioni « s'était propagée aux veines arachnoïdiennes du côté gauche et à toute la partie postérieure de l'hémisphère du même côté, et qui paraît en rapport avec la thrombose sinusienne ? Aucune continuité d'infection n'est notée, en effet, entre le sinus caverneux gauche et le sinus longitudinal par les veines de la convexité mais surtout — ce qui a plus de valeur — les manifestations pyohémiques sont dans cette observation particulièrement nombreuses et semblent affecter pour le système veineux (veine hépatique, veines péri-vesico-seminales) une prédilection marquée.

Il y a donc quelque raison de penser que les accidents du sinus longitudinal supérieur et leur extension aux sinus latéraux ne relèvent qu'indirectement de la parotidite. Il en va autrement avec les thromboses, qui doivent être retenues, des veines dure mériennes de la fosse moyenne droite, des sinus caverneux et peut-être aussi de la collatérale jugulaire droite. L'infection se propagerait

par l'intermédiaire des anastomoses des plexus pterygoïdiens avec les veines de l'orbite (Virchow). Le pronostic est extrêmement grave. Ces complications veineuses ont toujours été suivies de mort.

Il nous faut signaler encore une erreur de Péan, Duplay, Hartmann, Bévalot, L. Morel, Guillerme, Bucknall, Worms et Berken. Ces auteurs affirment que l'on a observé des thromboses de la veine faciale. Virchow avait écrit en effet que la veine *faciale postérieure* est la première prise dans les suppurations parotidiennes. On sait que l'on désigne par là dans la terminologie allemande ce que nous appelons le *tronc temporo-maxillaire* ou encore la *communicante intraparotidienne* (Poirier). A la suite de quelle négligence, ou de quelle méprise les auteurs cités ont-ils substitué la faciale à ce rameau anastomotique ? Un fait est certain c'est que jamais les thromboses faciales n'ont été mentionnées et que la veine faciale — faciale antérieure — passe généralement en dehors de la collection suppurée.

II. *Système nerveux* : a) *Les nerfs de la loge*. — Nous étudierons les fusées le long des nerfs et réunirons ensuite dans un même paragraphe toutes les paralysies faciales, qu'elles soient dues à une compression, à une infection ou à la destruction du nerf.

Les *Fusées* ignorées des auteurs classiques ont fait l'objet de deux observations (Virchow, Duval) et sont mentionnées dans les thèses de Giffard, Iszenard, Perrot, Bossert. Virchow est revenu sur cette question dans les

Annales de la Charité (p. 20). Les branches du trijumeau (2^e et 3^e), le dentaire inférieur et le facial pourraient, d'après lui, conduire le pus respectivement au ganglion de Gasser, dans la « moelle du maxillaire » et dans l'oreille interne. Les deux premières éventualités se retrouvent exactement dans son observation des *Ges. Abh.* De son côté Duval a vu le pus pénétrer par les trous ovale et grand rond, ce qui est dire la même chose. Mais nous n'avons découvert nulle part de fusée ascendante le long du facial. Bien plus, à l'autopsie d'un nourrisson qui avait subi un traumatisme obstétrical de ce nerf, et chez lequel la parotidite donna lieu à des accidents de pyohémie on trouva le facial rouge, mais seulement jusqu'au trou stylo-mastoïdien (Demelin et Le Damany). Le pus n'avait pas accompagné le nerf et l'infection elle-même dans des conditions de terrain aussi favorables n'avait pas forcé l'entrée du canal de Fallope.

Les paralysies faciales. — Les auteurs du Compendium de chirurgie n'avaient jamais observé aucun fait de ce genre et « n'en avaient pas lu d'exemple dans les auteurs. » Cependant J.-L. Petit en avait vu plusieurs. Andral (Ob. XXV) avait constaté « la dilatation passive des buccinateurs à chaque expiration ». Et le *Journal des Progrès* de 1829 avait publié un cas typique de paralysie totale périphérique. Les auteurs du Compendium auraient donc pu en lire des exemples. Plus tard, Grisolles en observa lui-même ; Gillette rapporta un nouveau cas ; Griesinger deux autres. Et depuis le mémoire de Paget les thèses de Perrot, Bossert, Pellé, Jean Bessard, les com-

munications de Loison et de L. Moreaux ont apporté des observations nouvelles (1). En tout 14 cas dont deux constatés à un moment voisin de la mort (Andral, Gillette).

La paralysie faciale est un accident le plus souvent passager. J.-L. Petit l'avait vue guérir et sur 12 cas nous la voyons rétrocéder 7 fois, 3 fois seulement elle devient définitive (J. du Progrès, Gillette, Bessard. Encore le cas de Bessard se rapporte-t-il vraisemblablement à une blessure chirurgicale. Une fois le malade n'a pu être suivi ; une autre fois après une régression lente la paralysie resta limitée au facial supérieur. Ainsi donc il y aurait restitution complète dans les deux tiers des cas et dans un tiers paralysie durable plus ou moins étendue.

La destruction du nerf est donc rare, et ne paraît s'être réalisée que deux fois (*Journal du Progrès*, Gillette).

Quant à la compression signalée par Richet et par Morestin, elle ne doit jouer qu'un rôle accessoire car l'ouverture du foyer ne fait pas cesser la paralysie qui serait ainsi plutôt en rapport avec une infection légère déterminant un œdème interfasciculaire ou des lésions névritiques plus étendues.

b) *Propagation au système nerveux extérieur à la loge :*

α) *Périphérique.* — Il nous faut signaler une curieuse observation de Weil (*Union médicale du Nord-Est* et

(1) Un nouveau cas de paralysie faciale aurait été récemment observé dans le service du Professeur Sébilleau, ce qui porte à 15 le nombre des faits connus.

Gazette de médecine et de chirurgie, 16 mai 1891) où il est dit :

Pendant la convalescence on s'aperçoit que le malade a de la difficulté à élever son bras gauche, à le rapprocher de la paroi thoracique et à le porter en arrière. On trouve en effet une atrophie notable des muscles sus-épineux, sous-épineux, deltoïde, biceps, brachial antérieur et grand pectoral. Pas de troubles de la sensibilité. Réactions électriques normales. A la période aiguë de la parotidite il y avait eu quelques douleurs des nerfs du plexus cervical superficiel. Cette irritation a pu se transmettre au plexus brachial.

β) *Central*. — Les documents que nous possédons sont uniquement ceux que nous fournissent les deux importantes observations de Virchow et de Duval auxquelles il faut ajouter le cas de Cauchois.

Le pus n'aura que deux possibilités de pénétrer à l'intérieur de la cavité crânienne : l'imprégnation purulente de la grande aile du sphénoïde (Virchow) et l'irruption par les trous de la base : le grand ovale et le grand rond (Virchow, Duval) le long des branches du trijumeau.

Là, il pourra rester au voisinage du ganglion de Gasser (Virchow) ou bien suivre les bords de la selle turcique, recouvrir le corps pituitaire et se glisser le long de la gouttière basilaire (Duval).

Les lésions encéphaliques portent à la fois sur les méninges et la substance cérébrale.

La dure-mère — surtout en cas d'infiltration de l'os — présente à la base dans la fosse moyenne un exsudat de teinte ictérique semé de points hémorragiques qui peut

se continuer dans la région hypophysaire (Virchow, G. Ab.) Le processus s'étend aussi à la méninge molle pour produire une arachnitis purulente (Virchow Annales) qui a été vue par Duval sous forme de « corpuscules blanchâtres et d'un épaissement de l'arachnoïde qui revêt la face inférieure du cervelet. »

La substance grise au sommet du lobe moyen est infiltrée, légèrement jaunâtre et hémorragique (Virchow). Au cervelet le pus recouvrait, dit Duval, le lobe médian et s'étendait sur le lobe gauche, s'avancait au-dessous de la protubérance couvrant l'olive et le corps restiforme gauche, soit la moitié de la hauteur du bulbe. Le bord gauche du cervelet était ramolli et de teinte grisâtre.

Deux fois (Duval, Cauchois) ont été notées des lésions des couches optiques. Ces deux cas s'étaient accompagnés d'accidents pyohémiques et le malade de Cauchois avait subi des traumatismes crâniens très graves, il y a donc lieu de se demander si ces lésions sont bien la conséquence directe de l'infection parotidienne. Toutefois, dans le cas de Duval il semblerait possible que la fusée purulente qui atteignait le bulbe ait pu enflammer la cérébrale postérieure où même les fines artérioles optiques internes et provoquer ainsi et de façon directe le ramollissement.

III. *Lymphatiques.* — Leurs lésions n'ont été notées que deux fois. Une fois les ganglions sous-maxillaires et cervicaux présentaient à leur centre quelques points de suppuration (Giffard, ob. VIII). Une autre fois « le chapelet ganglionnaire descendait jusqu'au tiers infé-

rieur du cou, s'étendait sous le bord du maxillaire inférieur, à côté et dans la loge sous-maxillaire, de gros ganglions distendaient les aponévroses et s'enfonçaient sous le plancher de la bouche (Spillmann).

§ 2. — *Complications d'ordre général*

Les parotidites primitives — celles qui apparaissent au milieu d'une santé florissante, dont l'existence est contestée mais qui n'en existent pas moins — étant rares, il est difficile de faire dans la genèse des accidents la part qui doit revenir à la maladie première ou à la parotidite elle-même. Cette incertitude enlève aux cas de ce genre une grosse partie de leur intérêt et nous nous bornerons à une revue rapide.

On a constaté des accidents de *septicémie pure* (Malfilâtre VII) mais les accidents métastatiques sont plus fréquents.

Le *poumon* était autrefois fréquemment atteint. Bang (fièvres de juin 1786 cité par Clos) a publié deux cas de « parotides » dont la disparition fut suivie de toux avec vomique et qui guérissent. Il faut voir quelque chose d'analogue dans l'observation des *Acta curiosorum*: « *Sed post aliquot septimanas infans in febrem incidebat, cum defluxione ad pectus et vomitibus.* » Enfin Nobécourt et Voisin ont trouvé un abcès du poumon chez un enfant de 8 jours atteint de parotidite bilatérale primitive.

De même pour le *testicule*, Ravaton aurait vu « maintes fois le gonflement des parotides disparaître du soir au matin et l'humeur morbifique rentrer, se porter sur les

bourses, les gonfler et y causer une gangrène prompte ». Spillmann nie la métastase testiculaire. Nous n'avons trouvé à noter sur l'appareil génital que les thromboses des veines péri-vesico-séminales de Virchow; le cas de Leudet et le deuxième cas de Virchow (Ges. Ab.) dans lequel les lésions étaient probablement tuberculeuses ne pouvant être retenus.

Au rein, au foie on a signalé des abcès (Cruveilhier, Hanot, Virchow, Carbone, Paget) Virchow a vu la fonte purulente d'une thrombose de la veine hépatique, Brindeau a noté la dégénérescence amyloïde du foie.

Les abcès ischio-rectaux de Loison (Ob. VII et VIII), les abcès musculaires de R. Smith et de Loison (Ob. VII), les arthrites suppurées de R. Smith, de Loison (Ob. I), de Felhoen (Ob. XLV) les abcès cutanés de Ewerke et Guillerme, les phlébites de Loison (Ob. II) et de Lortat Jacob, ne peuvent être attribués en toute certitude à la parotidite et peuvent relever tout aussi bien de la maladie pyogène au cours de laquelle celle-ci est apparue. Mais on peut retenir comme probant le cas de Brindeau d'abcès retro pharyngien à point de départ osseux (2° cervicale) et d'abcès articulaires, l'ostéopériostite du fémur de Demelin et Le Damany, les phlébites de Reboul et de Chavannaz, l'abcès axillaire de Nobécourt et Voisin.

Nous ne ferons que mentionner une éruption varioleuse observée par Andral au niveau de la poitrine et un purpura cachectique périombilical dans un cas de Paget (Ob. 15). On a vu enfin des escharres sacrées.

On a décrit encore des méningites, mais le cas de Dit-

trich est à rejeter, la méningite ayant précédé la parotidite. Quant à l'observation de Lancereaux et Besançon, la parotidite n'avait pas suppuré et la filiation — quoique probable, reste douteuse. — L'observation de Mittendorf signale un abcès du cerveau dont l'origine est, aussi, incertaine.

Enfin Ewerke a signalé un cas curieux d'excitation mentale avec réactions violentes qui apparut au cours de la parotidite et disparut avec elle.

B. — Les Séquelles

I. *Système nerveux*. — Bucknall croyait que les paralysies faciales sont la plus fréquente des séquelles, mais cela n'est pas exact. Elle reste incurable, nous l'avons vu, dans un tiers des cas et peut, certaines fois, rétrocéder au moins partiellement.

Nous avons signalé aussi une atrophie musculaire du type brachial supérieur (Weil). Nous mentionnerons encore la curieuse observation de Bérard d'une chorée guérie qui se compliqua d'une parotidite double. L'une des glandes ayant suppuré, dès qu'elle fut guérie, la chorée reprit et dura encore deux mois.

II. *Arthrite temporo-maxillaire*. — Nous avons vu que L. Moreaux la croit fréquente et marquée, surtout au niveau du condyle. Elle se traduirait par de la douleur à la mastication et l'existence de ce symptôme après la guérison de l'abcès est une indication d'examen radiologique.

III. *Fistules salivaires et atrophie de la glande.* — Connues de Galien, signalées par Malfilâtre, Péan, Morestin, Bucknall les fistules sont, en réalité, exceptionnelles ; nous n'avons relevé que le cas de Duphœnix dans le mémoire de Baillarger et les deux cas de L. Moreaux. L'occlusion spontanée serait la règle, quoique l'intervention soit parfois nécessaire (Compendium, Spillman).

L'atrophie de la glande a été signalée par Gillette (Ob. I) et Baillarger (Ob. I). Elle provoque une dépression profonde en arrière de la branche montante du maxillaire. Dans un cas de suppuration chronique qui avait produit cette infirmité, Mauclore se proposa de la corriger par une greffe graisseuse (Soubeyrand et Rives).

IV. *Cicatrices difformes. Tissu cellulaire.* — Les auteurs classiques ne citant aucun exemple de cicatrice difforme rappelons que celui qu'avait observé J.-L. Petit aux environs de Bordeaux, au retour d'un voyage en Espagne (*Œuvres complètes*).

Le tissu cellulaire, après les fusées purulentes s'indure, se sclérose et l'infection y sommeille encore un certain temps. Elle peut se réveiller pour former encore de petits abcès résiduels qui guérissent sans incident (G. de Mussy).

C'est probablement une sclérose périœsophagienne qui provoqua chez un malade de Guérin (Gillette, Ob. I) un œsophagisme rebelle empêchant toute alimentation. Guérin n'hésita pas à incriminer la parotidite. Le malade guérit d'ailleurs aisément.

V. *Ephidrose.* — C'est, dit Rouyer, un écoulement

liquide qui se fait à la surface de la peau dans la région parotidienne chez les sujets qui ont été atteints de parotidite. » Il convient d'ajouter que la parotidite n'est pas nécessaire (Baillarger, Ob. VI) et que l'écoulement ne se produit qu'à l'occasion d'un effort masticatoire. Il serait lié à une oblitération du canal du Sténon et Morel commet un erreur en le croyant en rapport avec une fistulette. D'ailleurs le liquide secrété n'a rien de commun avec la salive comme l'a montré Berghounioux et comme le croyait Brown Séquard.

Cela dit nous nous bornerons à faire l'historique de la question. Baillarger lit en 1847 sur « l'oblitération du canal de Sténon » à l'Académie de Médecine (1847, Bull. p. 590) un premier mémoire comprenant 4 cas : deux personnels, un de Duphœnix à l'Académie royale de chirurgie et un autre de Roche. La même année il communique deux nouvelles observations que lui avaient adressées Roboam et Mathieu (de Beaune) (Bull. Acad., p. 621). Ces deux communications qui ne furent pas publiées et dont le Bulletin ne fait qu'une brève mention furent réunies en 1853 dans un mémoire qui parut dans la *Gazette de médecine de Paris* (26 mars, p. 194). En 1848, dans son cours de physiologie, Bérard avait apporté un nouveau cas, celui de son père (tome I, 1848, p. 702, cité par Rouyer). En 1859 (Gaz. Hôp.) Berghounioux publie trois observations, dont celle de Bérard et deux nouvelles. La note de Rouyer ne vient qu'en quatrième lieu (*Journ. de physiol. de l'homme et des animaux*, t. II, p. 447, juillet 1859). Elle contenait quatre observations, parmi

lesquelles celle de Bérard, celle de Vigla, du mémoire de Berghounioux et probablement sous le n° II l'observation I de ce dernier, soit une observation nouvelle. Enfin Brown Séquard signalait au bas de la note de Rouyer que Stannius (Wagner's Handwörterbuch der Physiologie art Fieber, vol. I, note page 477) avait publié deux faits semblables et que Henle (Handbuch der rationellen Pathologie, 3^e édit. 1855, vol. I, p. 236) en cite quelques autres, observés par sir Henry Holland, Giesker et Oesterlen. Nous n'avons pu retrouver ces ouvrages mais il semble qu'il s'agit là d'un minimum de cinq cas nouveaux. Enfin Brown Séquard lui-même était atteint de cette affection et Jarjavay (Anat. chir., t. II, p. 192, cité par Iszenard) en avait vu un autre cas. Cela porte le total à un minimum de 17 cas. Toutefois la cause des cas de littérature étrangère que nous n'avons pu nous procurer restant incertaine et l'Ob. VI de Baillarger ayant trait à un abcès dentaire on ne peut — avec certitude — retenir que 11 cas à titre de complication parotidienne.

On s'étonne dans ces conditions que les auteurs du Compendium disent encore, en 1860, que le mémoire de Baillarger ne contient que quatre cas, n'a jamais été publié, et qu'ainsi Rouyer ne pouvait le connaître. Ils ignoraient ainsi la publication de 1853 et la communication de Berghounioux. Ils donnent cependant la référence du journal de Brown Séquard, et ne font pas état des données bibliographiques et autres qu'il contient. Ce sont là d'étranges contradictions qui doivent être signalées.

II. — LES COMPLICATIONS OCULAIRES

L'appareil oculaire n'a pas toujours été respecté au cours des parotidites. Le Clazoménien d'Hippocrate qui habitait auprès du puits de Phrynichidas avait souffert de l'œil et avait eu la vue passagèrement troublée. L'œdème qui peut atteindre aux paupières une importance considérable peut toucher aussi la conjonctive et nous avons trouvé quelques exemples de chémosis. Enfin les paralysies faciales, en frappant l'appareil de protection peuvent avoir des conséquences fâcheuses pour le globe mal abrité.

En 1892, W.-F. Mittendorf, M. D. New-York, publia dans le *Medical Record* (27 août) un travail qui portait sur « Two cases of metastatic' choroïditis ». L'un d'eux était le suivant :

OBSERVATION (*résumée*). — Un charpentier de 36 ans reçut au coude droit une contusion insignifiante. Impotence puis gonflement rapide. — Prostration. — Bandage. Repos, toniques. — Aucune amélioration: Douleur continuelle. — Usage fréquent de la morphine. — Au bout de 15 jours parotidite droite. — 8 jours après OD douloureux et rouge. Douleur profonde et déchirante. L'Acuité visuelle s'affaiblit rapidement, il voit difficilement la lumière d'une lampe. — Douleur terrible. Le malade menace de se suicider si aucun soulagement ne lui est ap-

porté. — On décide l'énucléation. A ce moment exophtalmie modérée — un peu d'hypopion — vitré plein de pus (?) Globe sensible au palper. — Acuité visuelle nulle. L'autre œil normal. — Fusée modérée. Faiblesse extrême. — Pouls élevé. Parotide très grosse qui n'a « évidemment pas suppuré » (sic). Coude encore rouge et gonflé donnant une petite quantité d'un pus fétide. Le globe enlevé la choroïde, la rétine et le corps ciliaire sont tous infiltrés. — Iris presque entièrement adhérent à la périphérie du cristallin. — Hémorragie modérée que le docteur de la famille laisse continuer quelques jours. — Tissus de l'orbite normaux. La Tunica vaginalis n'est pas changée autant que l'on aurait pu s'y attendre. Rétablissement rapide. Deux ou trois semaines après céphalée pire que jamais. Calmants constamment nécessaires. — Faiblesse de plus en plus grande. Mort dans le coma. Le médecin traitant pense à un abcès cérébral. — Pas d'autopsie.

Il était difficile — en l'absence de cas plus démonstratifs — de faire de la coexistence des deux affections parotidienne et oculaire un rapport de causalité. Et Mitten-dorf et plus récemment Chenet, dans sa belle thèse, n'ont pas hésité à mettre au compte de l'arthrite les phénomènes oculaires. Pour qu'il en fût autrement, il aurait fallu des observations où la filiation aurait été incontestable. C'est un cas de ce genre que nous avons eu l'avantage d'observer et que nous publions. (1)

OBSERVATION (*personnelle*). — Femme de 74 ans. Entre

(1) Notre Maître, le Docteur Roux (de Lausanne), nous a dit avoir observé un panophtalmie consécutive à une parotidite, mais au cours d'une « sâleté ». On sait qu'il a coutume de désigner ainsi un état septico-pyohémique. La filiation serait donc douteuse de la parotidite et de l'affection oculaire.

le 7 mai pour tuméfaction parotidienne droite fistulisée
T=38.

Antécédents. A 47 ans typhoïde. A 67 ans douleurs articulaires étiquetées rhumatisme. Il y a 4 ans ictus pendant la nuit. Coma jusqu'au matin. Ni paralysie, ni aphasie. Restitution intégrale immédiate.

Maladie actuelle. Le 1^{er} mai douleur violente localisée dans les dents du côté droit et telle que la malade n'a gardé aucun souvenir du début des accidents. Tuméfaction parotidienne.

Examen à l'entrée. Femme fatiguée, facies anxieux. Tuméfaction considérable de la parotidite droite. Large fistule retro-angulo-maxillaire. Pus verdâtre bien lié. Vaste décollement sous-maxillaire et masséterin atteignant le bord antérieur du muscle. Fluctuation et matité. La pression au devant du tragus fait sortir du pus par la fistule et le conduit auditif. Ce dernier présente à l'entrée en avant et en bas une petite prolifération d'aspect muqueux au milieu de laquelle le pus sort. Le spéculum ne peut être introduit mais après nettoyage du méat un porte coton ne ramène pas de pus du fond du conduit; la caisse ne paraît pas intéressée. L'Ouverture de la bouche est facile. Cavité buccale propre, humide, muqueuse saine, ni rouge, ni ulcérée. L'état des dents n'attire pas particulièrement l'attention. La pression fait sourdre du pus à l'orifice du canal de Sténon.

Incision verticale en arrière de la branche montante. Contre ouverture sous-maxillaire. Drainage, pansement humide.

10 mai. — On fait sauter le pont cutané entre les deux ouvertures. Suppuration encore abondante. Sphacèle au-dessous du conduit auditif et au-dessous de l'angle du maxillaire. La branche supérieure du facial traverse la plaie. T. normale.

17 mai. Œdème des paupières. OD s'ouvre difficilement.

Rougeur conjonctivale. Douleur du globe à la pression. Pas d'hypertension Température axillaire vespérale 37°.

18 mai. La plaie se déterge lentement. La partie supérieure donne toujours du pus. Les points sphacelés sont éliminés, la partie inférieure bourgeonne. OD chémosis très marqué. Réaction conjonctivale intense. Cercle péri-kératique. Larmoiement. Photophobie légère. Synéchies postérieures, exsudats pupillaires. Œil inéclairable V = 6/10° sans correction. Douleur gravative augmentée par la pression surtout dans la région ciliaire. Hypotension légère. On diagnostique une iridocyclite. Atropine, argyrol. Temp. axillaire 37°3.

20 mai. Température 38°.

22 mai. OD V = 1/10° sans correction, état stationnaire T = 37°.

23 mai. Température normale. Elle le restera désormais.

29 mai. Incision de 4 centimètres de l'angle de la mâchoire dans la direction de la commissure labiale. Les foyers se vident mieux.

1^{er} juin. Exsudat purulent descendant en goutte dans le champ pupillaire dont le 1/3 supérieur est envahi. Il vient de la chambre postérieure.

3 juin. Paracenthèse. Le pus est contenu dans une poche qui a franchi la limite inférieure de la pupille et se dirige vers le fond de la chambre antérieure. Cette poche est saisie et attirée. Douleur spontanée vive.

4 juin. Douleur spontanée disparue. Chémosis moins marqué. Chambre intérieure claire. Léger trouble cornéen.

Le même jour on évacue par expression une collection parotidienne importante.

5 juin. Douleur disparue léger exsudat en haut et à droite de la pupille. Chémosis intense.

6 juin. Pas de douleur. La malade prétend mieux voir Elle compte facilement les doigts. Mais le chémosis est extrêmement marqué. La suppuration parotidienne est très

diminuée. Œdème persistant de la joue en avant du pansement. La veine faciale explorée ne présente ni induration ni douleur. La perforation du conduit auditif est fermée. La prolifération charnue qui en marquait la place a disparu.

7 juin. — Douleur. Insomnie. Hémicranialgie. Légères exsudats.

8 juin. Cicatrisation en bonne voie. Seul un petit point à la partie supérieure de l'incision jugale donne, par expression, un liquide séro purulent fortement hématique. Le conduit auditif ne présente plus aucune altération. Le tympan est sain. Rinne +. Weber non latéralisé. Audition bonne.

La chambre antérieure de OD à la partie supérieure est pleine d'un pus mélangé de sang. Vive douleur spontanée. La malade n'a pas dormi depuis deux jours. Chémosis intense. La chambre antérieure paraît peu profonde, aplatie. Pas d'hypotension nette. Douleur à la pression surtout dans le sens antéro-postérieur. Hyphema.

9 juin. Enucléation. Suites normales. Guérison rapide. La plaie est presque entièrement cicatrisée au moment où la malade quitte l'hôpital.

Urines. N'ont jamais présenté ni sucre ni albumine.

Pus Parotide. Polymicrobisme. Rares chaînettes. Diplocoques fins non encapsulés. Autres diplocoques rappelant le pneumocoque. Rares grappes de cocci. Bacilles disposés en tétrades. Il n'a pas été fait de cultures.

Chambre antérieure. Polymicrobisme. Tétrades. Bacilles massués. Grappes nombreuses. Diplocoques rappelant le pneumocoque. Un bacille long effilé aux extrémités est acido résistant. Nombreux cocci isolés. Petites chaînettes de 4 ou 5 éléments. Quelques bacilles fins rappelant le Weeks. Tétragène vrai prenant le Gram. Tous les cocci prennent le Gram. Il n'a pas été fait des cultures.

Examen de la pièce par M. le docteur Rochon Duvi-

gneau (1). Infection aiguë marquée principalement au niveau du segment antérieur de l'œil avec infiltration cornéenne à polynucléaires. Destruction de l'iris, du corps ciliaire, du segment antérieur du vitré, le tout infiltré de polynucléaires abondants. Infiltration générale. Rien n'est intact, sauf le cristallin qui luxé vers le bas, probablement par traumatisme opératoire, n'est touché qu'en un point qui doit être une blessure au cours de la paracenthèse.

La rétine tout entière présente une infiltration discrète par polynucléaires jusque dans le segment postérieur. Cette infiltration est surtout marquée dans la couche intérieure (vitréenne). La choroïde n'est pas épaissie et ne paraît présenter d'infiltration leucocytaire en aucun point. Par contre, elle présente une stase veineuse nette.

Papille infiltrée comme la rétine, l'infiltration ne dépassant pas la lame criblée.

Corps vitré décollé et tassé contre cristallin.

Nerf optique sain.

Ainsi donc la parotidite est survenue au milieu de la santé la plus florissante et aucune autre cause ne peut être invoquée comme origine de l'ophtalmie. Bien plus, les espèces microbiennes constatées dans les deux foyers paraissent être les mêmes. Aucune contestation ne paraît, à ce point de vue, possible.

Dans ces conditions les choses qui paraissaient douteuses dans le cas de Mittendorf, s'éclaircissent et il semble que l'on peut admettre désormais que là aussi l'affection parotidienne était à l'origine de l'infection oculaire. D'après ces deux observations nous allons essayer de déga-

(1) M. le Dr Rochon-Duvigneau a bien voulu examiner notre pièce et nous dicter la note que l'on va lire. Nous le prions d'agréer ici nos respectueux remerciements.

ger maintenant les principaux caractères de l'ophtalmie métastatique d'origine parotidienne.

C'est une affection très rare qui s'est montrée aux 8^e et 17^e jours de la parotidite. L'évolution qui, dans le cas de Mittendorf paraît avoir été assez rapide, a duré trois semaines chez notre malade. Nous avons observé une douleur moins vive que celle décrite par Mittendorf et la fonction visuelle qu'il a vue rapidement et complètement abolie, quoique très diminuée n'a jamais été nulle dans notre cas. Le chémosis que Mittendorf n'a pas noté est très important dans notre observation. Il semble même — au moment où une rémission semblait se dessiner — avoir, par sa persistance, indiqué que la situation restait grave et le pronostic sérieux.

Enfin, dans l'un et l'autre cas, c'est le segment antérieur de l'œil qui a été le siège principal du processus.

Le diagnostic, le pronostic, le traitement n'ont rien de spécial. Que dire de la pathogénie ? Il ne nous semble pas que l'infection se fasse par la voie générale sanguine. Mais nous savons l'importance des voies veineuses intra-parotidiennes, leurs anastomoses avec les veines orbitaires, nous savons que tout ce système peut s'enflammer et nous avons vu quels accidents en résultent. Pourquoi ne pas admettre, dans ces conditions, la pénétration dans le sang veineux des microorganismes qui iraient coloniser en un de ces pelotons veineux du corps ciliaire si bien faits pour les retenir ?

Ce n'est là qu'une hypothèse, et qui est particulière à l'infection au point de départ parotidien. Mais elle ne

paraît point déraisonnable ; elle échappe aux difficultés auxquelles se heurtent les explications de la métastase par la voie artérielle ou la voie lymphatique, nécessaires cependant pour les foyers éloignés et enfin elle semble trouver dans une observation que rapporte Henri Picard au moins une justification. Il semble bien, qu'une autre fois le système veineux de l'œil ait joué un rôle prépondérant dans la genèse d'une ophtalmie [Purtscher (Klin. Monatsbl. f. Augen Jan. 1913)]. Une thrombose de la veine centrale fut en effet la première manifestation de phénomènes pneumoniques et l'ophtalmie qui se développa sur le même œil paraît bien plus en rapport avec cette thrombose qu'avec le lointain foyer pneumonique qui la suivit.

CONCLUSIONS

1° Les complications des parotidites phlegmoneuses sont rares. Nos recherches, qui ont porté sur une période de 150 ans environ, ne nous ont permis de recueillir qu'une centaine de cas.

2° Mais elles sont variées : Des fusées purulentes peuvent porter l'infection très loin et créer des lésions très étendues. La peau peut s'infecter, être envahie par un érysipèle, les os maxillaire inférieur, grande aile du sphénoïde, temporal, et jusqu'aux apophyses transverses des vertèbres cervicales peuvent être dénudés, dépolis, infectés ; les muscles sternomastoïdien, masséter et temporal participent à l'infection. L'articulation temporo-maxillaire peut être envahie. L'oreille externe, la bouche et le pharynx peuvent devenir le siège d'ulcérations et de fistules. Conduit par la trachée le pus peut atteindre le médiastin.

Les vaisseaux peuvent être comprimés, ulcérés, infectés, donnant lieu à des troubles parfois mortels de la circulation cérébrale, à des hémorragies, toujours graves ou à des thromboses veineuses qui peuvent prendre une extraordinaire diffusion et devenir le point de départ d'accidents pyohémiques.

Les nerfs conduisant le pus à l'intérieur du crâne contribuent à l'infection des méninges, du lobe moyen et même de la région hypophysaire de la protubérance du cervelet et du bulbe. Ils peuvent le conduire aussi à l'intérieur du maxillaire inférieur par le canal alvéolaire. Ils peuvent être eux-mêmes comprimés, infectés, détruits et donner lieu à des paralysies le plus souvent passagères, mais parfois définitives, ou des atrophies musculaires dont un cas a été publié.

Les lymphatiques peuvent également se prendre et donner des adénites sous-maxillaires ou carotidiennes.

Elles peuvent enfin donner lieu à des phénomènes généraux — des métastases, ou laisser après elles des infirmités.

3° Un certain nombre d'entre elles, les fusées lointaines notamment, semblent appartenir à une ère médicale définitivement close et ne s'observeront vraisemblablement plus qu'exceptionnellement.

4° D'autres, au contraire, apparaissent qui furent longtemps ignorées. Parmi elles l'ophtalmie métastatique mérite une mention particulière. Bien que très rare, sa gravité assombrit le pronostic de la parotidite — et obligera le médecin à surveiller tout spécialement l'appareil oculaire au cours de celle-ci.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président,*
P. SÉBILEAU.

BIBLIOGRAPHIE

Acta physico-medica Academiae... naturæ curiosorum ephemerides
Norembergæ, 1733. Obs. XXIX, Ephraïm Berneri. *De parotide*
a variolis inflammata et hinc suppurata, 1 Ob.

Planque. — Bibliothèque choisie de Médecine tirée des ouvrages
périodiques tant français qu'étrangers. T. IV avec figures,
in-4°, Paris, 1753. D'un empyème à la suite de parotide et de la
phtisie provenue d'une fièvre quarte, par J. Georg Greiselius,
(*Journal d'Allemagne*), 1 Ob.

Ancien Journal de Médecine. — « Journal de médecine chi-
rurgie Pharmacie », Paris, chez Vincent, rue St-Severin.

1° *Henry*, chirurgien à Auxerre, p. 443, T. XII, Janv. 1760, p. 443,
1 Ob.

2° *Martin*, principal chirurgien à l'hôpital St-André, de Bordeaux.
T. XXX, Janv. 1769, p. 455. Observat. sur quelques mal. de
l'oreille, Ob. II, 1 Ob.

J. L. Petit. — Œuvres Comp., T. I, p. 392 et (non 168, comme le
dit Bérard et Hartmann après lui.)

Edition, 1774, p. 117.

Ravaton. — Pratique moderne de la chirurgie. Paris 1776, avec
figure en taille douce. T. I. Des tumeurs parotides, p. 259-260.

Maurichau-Beauchamps. — Th. de Montpellier, 26 pluviôse,
an X.

Murat. — Dict. des Sc. méd., 1812-1822, p. 373. Bonne biblio-
graphie où sont relatés 18 ouvrages de 1650 à 1830, surtout
thèses allemandes en latin.

Boyer. — Malad. chirurg. T. VI, p. 248.

**Journal du progrès des Sciences et Institut. méd. en Eu-
rope, en Amérique** 1829, 4^e vol., T. XVI. Parotidite terminée par
gangr. et supp. du nerf facial (Hôtel-Dieu, Paris) (La Clinique) 1 Ob.

Andral. — Clin. méd. 1839-1840, 5 vol., T. I, Mal. de l'abd.,
p. 602, 2 cas cités + 1 Ob.).

Rocheux. — Dict. de méd. ou Rép. gén. des Sc. méd. en 30 vol.
2^e édit., T. XXIII, 1841, (p. 173-174).

Bérard. — Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne. Th. d'agrégat. 1841. Section III, p. 284.

Bloxam. — Med. chir. Transactions published by the Royal Med. and chir. Society of London. T. XXVI, 1843, 28 février.

Clos. — Des Parotides, Th. de Paris, 1845, n° 143, 2 cas de Bang, cités.

Robert Smith. — Dublin quaterly Journal, mai 1846. Arch. gen. med. T. XII, 4^e série p. 86. Perforation de la veine jugul. au fond d'un abcès du cou chez un enfant, 1 Ob.

Baillarger. — Bull. Acad. méd., pp. 590 et 621, 1847. Mémoire sur l'oblitération du canal de Stenon. Acad. méd., 26 mars 1853. Gaz. med. de Paris, 1853, p. 194, 6 Ob.

Lecorney. — Parotid. sympt. Th. Paris 1854, n° 162.

Wirchow. — Gesammelte Abhandlungen zur Wissensch. Med. Francf-a-M. 1856, p. 620, 2 Ob
Annalen d. charité Kraukeuh, 1858. Heft, 3 Die acute Entzündung der Ohrspeicheldrüse.

Tillaux. — Traité de chir., 2^e édit., p. 290.

Chassaignac. — Traité de la suppuration, 1859, t. II, Art 5, Abcès de la région parotidienne.

Reth. — Bay ärztl. Intell. Bl. août 1859, in « Jahrbücher d. Gesamm. Med » *Uebersicht der neuern Forschungen ueber Pneumonie*, von P. Niemeyer, p. 357. « *Pneumonie mit Parotitis und Meningitis* » 1 Ob.

Berghounieux. — Gaz. Hôpit. (Lancette franc), 30 avril 1859, sur Ephidrose, 3 Ob.

J Rouyer. — Journal de physiologie de l'homme et des anim., t. II, p. 447, (juillet 1859) et Journal du progrès des Sc. med. et de l'hydrotherap. ration. T. V, 1860, p. 200, 1 Ob.).

Compendium de chir. pratique. — Berard et Denouvillers, continué par Denouvillers et Gosselin. Paris Asselin (1851-1861), T. III pp. 781-806.

Giffard. — Du siège anat. de la Parotidite. Quelques consid. sur cette infl. Th. Paris 1861, n° 236, 4 Ob. (Obs. de Leudet).

Ange Duval. — Arch. de med. navale, t. II, 1864, p. 207. Ob. XXXVI, Phlegmon parotid., penetrat. de pus dans le crâne, mort., 1 Ob.

Malfilâtre. — De la parotidite aiguë, Paris, 1864, n° 37, 2 Ob.

Carbournell. — Gaz. Hôpit., 4 févr. 1864, 1 Ob.
Gaz. Hôpit., 24 mars 1864, 1 Ob.

- Guéneau de Mussy.** 1) Gaz. Hebd. de med. et chir., 1868, p. 631-676. Etude clin. sur le phlegmon parotid. Publiée in *Clin. med.*, 1875, t. II, p. 1, 4 Ob.
Journ. de med. et chir. prat., 1869, p. 202, 1 Ob.
- Grisolle.** — Traité de Path. int., 1869. T. I, p. 327.
- Hoffmann. Von Troltsch.** — Archiv. f. Ohrenheilkunde, 1869, t. IV.
- Langlet.** — Soc. Anat., sept. 1871, p. 196. Phlegmon parotid, 1 Ob.
- Gillette.** — Union Médicale 1872. T. XXIV, 3^e série, p. 202. 3 Ob.
Trois cas de parotidite: suppurée. Compl. grave. Ligat. de la carot. ext. Reproduits dans « *Clin. chir. des Hôpitaux de Paris*, » in-8, 1877.
- Schützenberger.** — Gaz. med. Strasbourg, 1872-73, 1^{er} déc., n° 7, p. 16, Soc. Med. Str., 1 Ob.
- Cauchois.** — Soc. Anat., Janvier 1873, 1 Ob.
- Crocq.** — Journ. méd. de Bruxelles, janvier 1874, t. I, p. 13.
Acad. med., Paris, 30 sept. 1873, p. 1132.
- Richet.** — Traité pratique d'anatomie med. chir., 5^e édit., p. 552.
- Soueix.** — Contr. à l'étude de la parot. second. Th. de Paris 1876, n° 244.
- Iszenard.** — Etude sur les parotidites. Th. Paris 1876, n° 419. 7 Ob.
Ob. de Jarjovay.
Ob. des Arch. gen. de med, 1832, 1^{re} série, t. XXIX, p. 365.
Ob. de Hanot. Bull. Soc. Anat., 1872, p. 427.
Ob. de Dance. Arch. gen. med., 1^{re} série, t. XIX, 30 déc. 1828.
Ob. XVIII.
- Griesinger.** — Traité des maladies infect. Trad. Lemaitre, 1877, p. 235, 2 cas cités.
- Darré.** — Essai sur un pt. special de la pathog. des parotidites. Th. Paris 1878, n° 180, 1 Ob.
- Delorme.** — Dictionnaire Jaccoud, 1878, t. 26, p. 178.
- Jaccoud.** — Traité path. int., t. II, p. 187.
- Péan.** — In Elements de path. chir. de Nelaton. Tome IV, p. 535.
Parotidite phlegmoneuse. Abscess parotidiens.
- Duplay.** — In Follin et Duplay. T. V, 1878, p. 84. Parotid. phlegmon.
- Terrier.** — Bull. Soc. chir., 1890, p. 271. Sur la retention de la salive parotid. Mémoire avec historique.
- Carey-Coombs.** — M. D. London. The medical Press and Circular. T. II, 1881, p. 362. Notes from a country practice. Ob. V, 1 Ob.
- Curé.** — Des parotidites dans les maladies graves en particulier dans les suites de couches. Th. Paris, 1883, n° 273.

- Cornil et Ranvier.** — Manuel d'histolog. path., t. II, 1884, 2^e édit., p. 254.
- Spillmann.** — Dict. de Dechambre, 1885, art. Parotidite, 1 Ob.
- St.-Paët.** — 1^{er} Mémoire. Lancet 17 avril 1886. T. I, p. 732. On secondary inflammation of the parotid (60 cas), 8 Ob.
2^e Mémoire. Lancet Febr. 12th 1887, 101 cas, il n'est pas publié en entier. Le détail des observ. manque
- Vital-Perlis.** — Th. Paris, 1887, 1 Ob.
- Lancereaux et Besançon.** — Arch. gen. de med., t. II, 1887. Etude sur quelques cas de pneumonie observés à l'hôpital de la Pitié au printemps de l'année 1886, 1 Ob.
- Duplay.** — Parotidite à pneumocoques. Gaz. Hebd. de med. et de chir. 31 janv. 1891, p. 50 et Sem. med., 1891 n° 2, p. 9, 1 Ob.
- Galland.** — De la parotidite à pneumocoques (chez Duplay) Th. Paris, 1890-91, n° 175, 1 Ob.
- Weil.** — Parotidite à pneumocoques. Union médicale du N.E. avril 1891, p. 112. Compte rendu in Gaz. Hebd. de med. et chir. 16 mai 1891, p. 238, 1 Ob.
- Diaz.** — Etiologie génér. des parotidites (chez Albarran) Th. Paris, 1892-93, n° 224.
- Mittendorf.** — M. D. New-York Med. Record 27 août 1892. Two cases of. metastatic choroiditis, 1 Ob.
- Brewis.** — Trans. of. Edimb. obstetr. Society, vol. XVIII, 1892-93, p. 275. On Parotitis following operations on the abd-pelvic organs, 1 Ob.
- F. Fischel.** — Prager Medicinische Wochenschr, 15 fév. 1893, n° 7, p. 69.
Zur Caruistik der metastatischen Parotitis, 1 Ob.
- Claisse et Dupré.** — Les Infections salivaires. Arch. med. experim., 1894, pp. 41 et 250.
- Ewerke.** — Deutsch. Medicin. Wochenschr, 1895, p. 319. Ueber Parotitis und Psychose nach Ovariectomie 2 Ob.
Bibliographie,
- Brindeau.** — Ste Obstetricale et gynécologique 16 avril 1896, in Presse med. 1896, p. CLVII. Parotidit ascendte, 1 Ob.
- Hartmann.** — Traité de Duplay et Reclus.
- Morestin.** — Traité Le Dentu et Delbet, 1898.
- Bévalet.** — De la parotidite au cours de la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1899-1900, n° 365, Bonne bibliograph. (incompl.).
- Bosquier.** — Contribution à la pathogénie et à la bactériol. des parotid. suppurées. Soc. Sc. Med. de Lille, déc. 1899, in Journ. des Sc. Med. de Lille, 16 juin 1900, pp. 553-577.

- Brouardel et Thoinet.** — In Brouardel et Gilbert. La fièvre typhoïde.
- Urbantschitsch.** — Traité des maladies des oreilles, 1901.
- Perrot.** — Infection de la glande parotide chez le nouveau né. T. de Paris, 27 fév. 1901 (chez Budin), 2 Ob.
- Deutschlander.** — Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 1901, XXXIX.
- Dupré.** — Traité de Brouardel et Gilbert, T. V.
- Carnot.** — Traité de Gilbert et Thoinot, 2^e édit.
- Benoist.** Des parotidites consécutives à l'Ovariectomie. Th. de Paris, 1901-02, n° 157.
Publie. ob. de Bantok (Med. Times and. Gaz. nov. 1878). 2 ob.
- René Felhœn.** — Des complications rares et graves de l'infection urinaire. Th. Paris, 1902-03, n° 105 (chez Legueu) 2 Ob.
- Bessert.** — Contribution à l'étude des parotidites infectieuses. Th. de Paris, 1902-03, n° 177, 2 Ob.
- E. Guiner.** — De la parotidite aiguë dans les états cachectiques et les affections chroniques. Th. Paris, 1902-03, n° 231.
- Rebeul.** — Bull. Soc. chir., 3 juin 1903, p. 587. Parotidite et phlébite de l'appendicite, 1 Ob.
- Nobécourt et Voisin.** — Arch. gén. de méd., 1903, T. I, p. 1596 compte rendu de la Soc. de Pédiatrie, 16 juin 1903, 1 Ob.
- Baylac.** — Arch. méd. de Toulouse. Compte rendu in Journal de méd. int. 1903, p. 311.
- Piqué et Teubert.** — Soc. chir. 1^{er} juillet 1903, p. 709. Discussion Sebilleau, 22 juillet 1903.
- Le Dentu.** Clin. chir. 1904. Parotidite d'origine génitale chez la femme, 1 ob.
- Dyball.** — Brit. med. Journ. I. 1904, p. 1012. A fatal case of secondary parotitis, 1 Ob.
- Bucknall.** — Lancet 21 oct. 1903, p. 1158. Pathology and Prevision of secondary Parotitis A paper read before the Roy. Med. and Surg. Soc. on octob. 25 1904.
- Louis Morel.** — Progrès Medical 31 mars 1906, n° 13, p. 193. Etude clinique sur les parotidites post opératoires, 3 Obs.
Reproduit les 5 Ob. de Moricke (Zeitschr. fur G. und G. 1880).
- Teubert.** — Revue Heb. de Laryngologie 7 fév. 1903 p. 165. Relations entre les parotidites et les otites au point de vue pathogénique, Compte-rendu par Wicart dans Annales des mal. de l'oreille, 1903.
- Pellé.** — Parotidite et Laparotomie Th. de Bordeaux 1906-07, n° 43 (Bon historique), 2 Ob.
- Morestin-Loison.** — Soc. chir. 1907, 22 octobre (Tuffier. Quenu. Delbet Legueu) 30 oct., 13 nov., 20 nov., 9 ob.

- Guillerme.** — Contribution à l'étude de la parotidite au cours de la fièvre typhoïde, Th. Paris. 1907-08, n° 188, 2 Ob.
Bibliogr. importante.
- L. Morel.** — Etude clinique et expérimentale des la parotidite post opératoire (chez Legueu). Th. de Paris. 1907-08.
Très abondante bibliographie.
- Seubeyrand et Rives.** — Les parotidites post opératoires, Arch. génér. de chir. mai 1908, p. 448.
Ob. de Mauclaire et de Jefferis, 3 Ob.
- Worms et Berken.** Arch. gén. de méd. T. 199, p. 339, 1908.
- Chenet.** — De l'ophtalmie metastatique. Th. Paris, 1910-11, n° 353.
- Grusen.** — Contrib. à l'étude des parot. compl. la fièvre typhoïde Th. de Lille, 1911-12, 1 Ob.
- Villaret.** — Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par les métaux colloïdaux associés ou non aux abcès de fixation. Paris Médical XV° vol. 1914-15, p. 504.
- Weil.** — Soc. Med. des Hôpitaux de Paris, 29 janv. 1915.
Le traitement de la fièvre typh. par la méthode du goutte à goutte.
Les Parotidites dans la dothiënenterie, p. 113.
- Mauclaire.** — Soc. chirurgie 1915, p. 1616. Atrophie de la parot. par suppuration prolongée.
- Lertat Jacob.** — Parotidite et fièvre typh. Soc. Med. Hôpitaux, 1915, p. 752
- Halphersen Stella.** — Sur quelques cas de fièvre typhoïde à début anormal, Th. de Paris (Univ.) 1915-16, n° 41.
- Henri Picard.** — De la panophtalmie metastatique. Son étiologie. Th. de Lyon, 1916-17, n° 4 (chez Dor).
- Laurent Moreaux.** — Parotidites suppurées d'origine palustre Bull. Soc. Med. Hôpit., 12 oct. 1917, p. 1027, 2 Ob.
- Jean Bessard.** — Contribut. à l'étude des parotid. typhoïdiques. Th. Toulouse, 1918-19, n° 22, 1 Ob.
-

